

# Närstående som resurs i vården

## Närståendes och sjuksköterskors upplevelse av delaktighet

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>FÖRFATTARE</b>   | Ida Eklöf   |
| <b>PROGRAM/KURS</b> | Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/<br>Omvårdnad – Eget arbete<br>HT 2008 |
| <b>OMFATTNING</b>   | 15 högskolepoäng  |
| <b>HANDLEDARE</b>   | Ann-Kristin Holm Wiebe  |
| <b>EXAMINATOR</b>   | Anna-Lena Hellström   |

|  |   |
|--|---|
| Titel (svensk):                          | Närstående som resurs i vården – Närståendes och sjuksköterskors upplevelse av delaktighet. |
| Titel (engelsk):                         | Relatives as a resource in nursing – Relatives and nurses' experience of participation.     |
| Arbetets art:                            | Eget arbete, fördjupningsnivå I   |
| Program/kurs/kurskod/<br>kursbeteckning: | Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/<br>Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN10                 |
| Arbetets omfattning:                     | 15 högskolepoäng  |
| Sidantal:                                | 25 sidor  |
| Författare:                              | Ida Eklöf   |
| Handledare:                              | Ann-Kristin Holm Wiebe  |
| Examinator:                              | Anna-Lena Hellström   |

---

## SAMMANFATTNING

Litteraturstudiens syfte var att beskriva innebörden och konsekvenserna av närståendes delaktighet i vården ur både närståendes och sjuksköterskors perspektiv, samt hur bekräftelse kan användas i sjuksköterskans yrkesutövande för att närstående ska känna delaktighet. I bakgrunden beskrivs närstående kort ur ett historiskt perspektiv, därtill presenteras teorier kring individens roller i samhället. Som omvårdnadsteoretisk bakgrund valdes begreppen delaktighet och bekräftelse. Elva vetenskapliga artiklar, som på olika sätt knyter an till litteraturstudiens syfte, granskades och analyserades induktivt. Resultatet visar att de närstående ville bli inbjudna till delaktighet i vården av patienten. När sjuksköterskor visade nedlåtande attityd gentemot närståendes delaktighet upplevde de närstående ett lidande. Närstående fungerade som en länk mellan den sjuke och sjuksköterskan, och blev på så vis viktig både för den sjuke och för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna uttryckte att närstående var viktiga i vården, framförallt för att ge och ta emot information. Sjuksköterskorna lyfter fram att det viktigaste sättet att ansluta till de närstående var genom att dela med sig av information. Vissa sjuksköterskor såg ett problem i att skapa en bra kontakt med de närstående och samtidigt ha sin lojalitet hos patienten. Att sjuksköterskan tar initiativ till samtal och dialog har stor del i att möjliggöra närståendes delaktighet. Delaktighet som process kräver deltagande, dialog och information. Slutsatsen av litteraturstudien är att nyckeln till delaktighet och bekräftelse för de närstående är dialog och information. Men det finns fler frågor än svar på hur närståendes delaktighet i vården fungerar och hur den kan förbättras. Ett ämne som borde utforskas mer.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| 1     | Inledning .....   | 3     |
| 2     | Bakgrund.....   | 3     |
| 2.1   | Att vara närstående.....  | 3     |
| 2.1.1 | Historik.....   | 3     |
| 2.2   | Begreppsdefinition .....  | 4     |
| 2.2.1 | Närstående.....   | 4     |
| 2.2.2 | Rollteori .....   | 5     |
| 2.3   | Delaktighet och bekräftelse.....                                      | 7     |
| 2.3.1 | Delaktighet .....   | 7     |
| 2.3.2 | Bekräftelse .....   | 8     |
| 3     | Syfte .....   | 9     |
| 4     | Metod .....   | 9     |
| 5     | Resultat.....   | 11    |
| 5.1   | Närståendes upplevelse av delaktighet i vården.....                   | 11    |
| 5.1.1 | Närståendes upplevelse av delaktighet och bekräftelse .....           | 11    |
| 5.1.2 | Förändring över tid.....  | 12    |
| 5.2   | Sjuksköterskans upplevelser av närståendes delaktighet i vården ..... | 12    |
| 5.2.1 | Närstående som resurs.....  | 12    |
| 5.2.2 | Närstående som börda .....  | 13    |
| 5.2.3 | Både resurs och börda? .....  | 14    |
| 5.2.4 | Bemötande av närstående.....  | 14    |
| 5.2.5 | Egen skattning av mötande av närståendes behov .....                  | 16    |
| 5.3   | Vad möjliggör och vad hindrar delaktighet?.....                       | 16    |
| 5.3.1 | Möjligheter .....   | 16    |
| 5.3.2 | Hinder.....   | 17    |
| 6     | Diskussion.....   | 18    |
| 6.1   | Metoddiskussion .....   | 18    |
| 6.2   | Resultatdiskussion.....   | 20    |
| 7     | Referenser .....  | 23    |
|       | <br>BILAGA – ARTIKELPRESENTATION.....                                 | <br>I |

# 1 INLEDNING

I sjuksköterskans yrke ingår att möta patienter på ett professionellt sätt med värdighet och respekt. Men hur möter vi de närstående?

I den kliniska delen av sjuksköterskeutbildningen har jag som student haft förmånen att få ta ”ett steg tillbaka” och observera hur sjuksköterskor i sitt yrke bemöter patienter och närstående. Jag har sett många sjuksköterskor bemöta patienter på ett fantastiskt sätt, och tänkt att så vill jag också kunna möta patienter i framtiden. Därför har jag förvånats över de gånger jag upplevt det som om sjuksköterskorna haft svårt att hantera mötet med de närstående.

De närstående är de viktigaste personerna i den sjukes liv, och de personer denna lever med i vardagen. Hur ser sjuksköterskor på de närstående? Är de en resurs, en hjälp, ett extra handtag eller bara något som är i vägen för effektiv vård? Vilken roll har egentligen de närstående i dagens sjukvård?

## 2 BAKGRUND

### 2.1 ATT VARA NÄRSTÅENDE

#### 2.1.1 Historik

Vården av sjuka människor har inte alltid skett på sjukhus. Före mitten av förra seklet var det vanligast att man föddes, levde, vårdades och dog i sitt hem. Behövdes läkarvård eller barnmorskor kallades dessa till hemmet, till viss del beroende på viken status personen hade i samhället, om denne hade råd med vård eller inte, och om det fanns vård att tillgå. Familj och närstående fanns hela tiden runt den sjuke, och deltog i vården. Tillvägagångssätten lärdes och ärvdes genom generationer, barn och unga såg hur de äldre vårdades och togs om hand. Det var företrädesvis kvinnorna som vårdade de sjuka och behövande (1).

Var det då bättre förr? När sjuka och gamla vårdades av närstående i hemmet, och liv och död var naturliga händelser. Forskning har visat att det troligtvis inte var så. Bilden av det stilla livets gång är en romantiserad och falsk bild av hur det var (2). Kvalitén på vården av de sjuka och döende varierade med största sannolikhet kraftigt, beroende på kunskap, ekonomiska resurser och samhällsstatus. De närståendes stöd i sitt vårdande varierade också troligen mycket i sin struktur (1).

De gamla landskapslagarna från medeltiden och framåt upplyser om vem som hade ansvaret för de gamla och sjuka. Samhället var feodalt och kyrkligt. Kärnfamiljen hade ansvar för vård och omsorg om gamla och sjuka. Fanns det ingen kärnfamilj, var det de arvsberättigade som stod i tur att axla ansvaret. Det var lag på att som närstående ansvara för att vårda och försörja de gamla och sjuka. Avtal kunde slutas med andra familjer och släkter, om man inte hade en egen, om hur omsorg skulle hanteras. Det finns från 1500-talet exempel på oenighet över vem ansvaret för de gamle vilade på, var det de närstående, hospitalen eller församlingarna? Detta är en fråga som än i dag är lika aktuell, är det de närstående, landstingen eller kommunerna som har ansvaret (2).

Under 1700-talet och 1800-talets första hälft tillhörde de gamla och sjuka släktingarna "gården". När gårdarna ärvdes till nästa generation, följde ansvaret för de sjuka och gamla med. Detta var ofta ett tungt ansvar för den yngre generationen och skapade emellanåt konflikter. De sjuka och gamla belastade både ekonomin och tålmodet (2).

Från mitten av 1800-talet industrialiserades Sverige och det blev mer ovanligt att de gamla bodde kvar hos sina barn. De blev mer förekommande att de bodde ensamma eller i par. Kommunerna började ta ut särskilda avgifter för att kunna bekosta fattigvård, så att beroendet av personlig barmhärtighet skulle minska. Större företag inrättade särskilda kassor för att trygga sina anställdas ålderdom och garanterad folkpension infördes. Men trots detta var sjuka och gamla helt beroende av att de närstående ställde upp (2).

Efter andra världskriget blev omsorgen av sjuka och gamla mer organiserad från samhällets sida i och med att det svenska välfärdssystemet byggdes upp. Närstående står för tillfällig hjälp, trygghet och trivsel, inte för ekonomisk hjälp och vård (2). När vårdandet flyttade in på sjukhus förändrades rollen för de närstående. Den sjuke vårdades av professionella, men okända, vårdare. Oftast undanhölls information från patienten och de närstående, då de inte ansågs besitta kompetensen att ta till sig denna. Många tekniska framsteg gjordes under denna tid och fokus låg på teknik, lindring och botande. Människan hade ett litet utrymme i denna sfär, och ofta dog den sjuke på sjukhuset i ensamhet (1).

Under 80-talet förändrades synen i vården, patienten fick en stärkt position. Vården som hälsa, ungdom och autonomi blev centrala och naturliga skeende som födsel och död hamnade långt från vardagen och gemene man. Det talas om att en dödsfri generation nu växer upp. Döden finns inte nära familjen, och många yngre och medelålders människor har aldrig sett en död person. Familj och närstående som en naturlig del i vårdandet kommer dock tillbaka. Till exempel utgår dagens hospicevård från en familjefokuserad omvårdnad. Familj och närstående hamnar åter i fokus för vårdandet. Men, det är också åter igen företrädesvis kvinnorna som deltar i vården av de sjuka och gamla (1).

## **2.2 BEGREPPSDEFINITION**

### **2.2.1 Närstående**

Det finns många begrepp som används på liknande sätt när man talar om anhöriga och närstående. I en studie påvisades att i vetenskapliga sammanhang användes tretton olika begrepp som kunde anses vara synonyma till närstående-anhörig (3).

Svenska akademins ordbok definierar närstående som "*i ett eller annat avseende står någon eller något nära, intimt hör samman med någon eller något, närbesläktad, om person: som är nära anförvant eller vän till någon. Närstående - anhörig*" (4).

Familjer i dagens samhälle ser ut på många olika sätt, det är idag inte givet att äktenskap och blodband bestämmer vem som ingår i någons familj, utan snarare bestäms det av de inbördes relationerna mellan familjemedlemmarna. Att använda "närstående" istället för "anhörig" ger en vidare innebörd, där patientens sociala nätverk också får ingå (3).

Begreppet närstående innefattar oftast en vidare krets än familjen, till exempel grannar och vänner. Ibland används begreppen anhörig och närstående synonymt, det vill säga att båda begreppen innefattar en vidare krets än den närmsta familjen (5).

Alla är på ett eller annat sätt närstående; till barn, makar, nära vänner, kollegor etc. En komplikation med närstående som begrepp är att det går åt båda hållen. En närstående kan vara någon som är sjuk och ligger på sjukhus, men likaväl kan det vara den sjuke som har en närstående som kommer och hälsar på. Med andra ord är man närstående både som givare och tagare av omsorg (5).

Wright och Leaheys sätt att se på relationer handlar om individens egen definition om vem som står denne närmast. De definierar närstående utgående från individens egen definition av vem som är dennes närstående. Detta är en vanlig definition av begreppet närstående inom den familjeorienterade vården (6).

I allmänt språkbruk och i statliga utredningar blir det allt vanligare att begreppet närstående används, likaså i vetenskaplig litteratur och i lagstiftande text. I det allmänna språkbruket är det dock fortfarande vanligast att anhörig används (3).

Anhörig och närstående översätts på samma sätt till engelska; *relative, relation, next of kin* (7).

I denna litteraturstudie kommer genomgående begreppet närstående användas. Med närstående menas inte bara den närmsta familjen med blodsband eller juridiska band, utan i vidare mening även personer utanför denna krets, såsom vänner och grannar (3, 5).

### **2.2.2 Rollteori**

Begreppet roll är hämtat från socialpsykologin, men intentionen är inte att göra en socialpsykologisk studie. Tanken är snarare att använda de idéer som finns i rollteorierna som bakgrund och förklaring till varför individer tar och tilldelas roller i olika sammanhang.

Mellbourn, som är statsvetare, ser det som fullt möjligt att applicera ett socialpsykologiskt begrepp i olika sammanhang för att beskriva roller i samhället och de förändringar och krav som sker på dessa roller över tid. Han menar att roll kan beskrivas som en hänvisning till situationer i vilka interaktioner mellan individer upprepas på ett regelbundet sätt över en given tidsrymd. Vidare säger han att en roll är en funktion av förväntningar – om såväl attityder som beteende – i en samhällsaktörs omgivning. Denna roll sätts i samband med det samhälle och de ideal som format den, men detta samhälle och de idealen är inte eviga, utan förändras. Rollen innebär att välja olika svar på olika, växlande, krav i omgivningen. Förändrade förutsättningar skapar krav på nya och omdefinierade roller (8).

Goffman har skapat en dramaturgisk teori om människans sociala roller. Goffman ser det sociala livet som en teaterföreställning. Han använder uttryck som vanligen förknippas med teatervärlden, men menar att dessa uttryck passar lika bra i livet utanför teaterportarna. Den dramaturgiska rollsynen ser individen som aktiv. Han presenterar sig själv och sin aktivitet inför andra i konkreta situationer och kan styra och kontrollera andras uppfattningar om honom. Rollen är enligt denna teori ett kommunikationsmedel. Rollerna förmedlar rollaktörernas avsikter och egenskaper.

Olika personer har olika masker och spelar därmed olika roller. Alla spelar alltid, mer eller mindre medvetet, olika roller och det är i dessa roller vi känner varandra (9).

Eriksson beskriver Goffmans resonemang på följande sätt. Genom att samhället runt omkring oss skapar, korrigerar och kontrollerar oss tilldelas vi även identiteten av samhället. Rollen är ett gensvar på denna förväntning samhället ställer på oss. Eftersom rollen formar oss blir vi normalt det vi spelar, till exempel patient hos läkaren, kund i affären eller mamma hemma hos sina barn. Det är lätt att spela dessa roller då de har funnits som en del av socialisationen sedan barndomen. Att veta sin plats i samhället och spela sin roll på ett förutsägbart sätt gör att samhället slipper vidta korrigerande åtgärder (10).

Allardt förklarar detta beteende på ett annat sätt. Genom att formulera normer och utnyttja sanktioner av olika slag bedriver man social kontroll, och detta sker överallt i samhället. För att undvika att medlemmar i den sociala gemenskapen ska upplösa den sociala ordningen och på det sättet skapa problem, finns det i varje social grupp normer som säger att alla i gruppen ska bete sig överensstämmande med varandra. Där till finns det också normer för hur personer med olika ställningar och arbetsuppgifter ska bete sig. På detta vis uppkommer en persons sociala roll (11).

Närstående är ingen homogen och beständig kategori. Omfattningen av det de närstående bidrar med varierar stort, likaså sammanhanget det utförs i och de konsekvenser det medför. De närstående tar och tilldelas olika roller. Allting börjar med relationen mellan människor, med olika livssituation och förutsättningar. Rollen kommer ur relationen till den andra, till exempel genom att ge hjälp eller vara den som tar emot hjälp. Relationen ger rollen, och modifierar i sin tur relationen. Vilken typ av relation det handlar om är väsentligt. Skillnaden är stor på relationen mellan ett par som varit gifta i över 50 år, barn som hjälper föräldrar eller en nära vän som bistår med stöd. Dessa relationer förändras då behovet av hjälp uppstår och när fler och nya aktörer kommer in på arenan, t.ex. sjukvårdspersonal. Rollen blir en annan, från make till hjälpare till närstående (5).

Jeppson-Grassman et al talar om sex olika roller för de närstående (5):

- Rollen som stötdämpare, dels mellan vården och patienten, men även mellan patienten och andra familjemedlemmar.
- Rollen som ersättare för vård som försvunnit i samband med besparingar och liknande.
- Rollen som bevakare av värdighet.
- Rollen som livsberättare gentemot omvärlden.
- Rollen som kunskapskälla för vårdpersonal.
- Rollen som ombud för den sjuke.

I samband med att någon blir sjuk förändras också livet för de närstående som finns runt den sjuke. Förändringar sker i det dagliga livet för de närstående vilket leder till att de får nya roller, både önskade och icke önskade. Rollen som maka, son eller nära

vän byts mot rollen som vårdare. Detta kan upplevas som svårt, den nya rollen kan dock både förhindra och underlätta det dagliga livet. Det kan uppstå förvirring kring vem som ska besluta om vilka vårdhandlingar som ska vidtas, den sjuke, de närstående eller vårdpersonalen. De närstående vill vara delaktiga och få kontroll över situationen, men kan uppleva att de hamnar i kläm, där deras delaktighet ifrågasätts och försvåras. Det är viktigt att de närstående inte glömmer att ta hand om sig själva (3).

## 2.3 DELAKTIGHET OCH BEKRÄFTELSE

### 2.3.1 Delaktighet

Delaktighet som begrepp saknar enhetlig definition. Det kan innebära: vara delaktig, kommunikation med, medverka i, gemenskap, medinflytande, gemensamhet, med ansvar, delande handlingen, mm (12).

Nationalencyklopedins ordbok beskriver ordet delaktighet på följande sätt: ”*med tonvikt på känslan av att vara till nytta, ha medinflytande*” (13).

En studie av Lindström et al. om patienters delaktighet i vården i livets slutskede visar att begreppet patientdelaktighet (*patient participation*) är definierat på få ställen i litteraturen. Ingen exakt definition finns, men att det används för att beskriva en situation som går ut på att få vara delaktig och ha kontroll över vilken vård som ges. Många definitioner utgår från familjefokuserad vård, där patienten är autonom, deltagande och tar eget ansvar för beslut rörande sitt liv. Delaktighet kan också vara en dynamisk process mellan patient och sjuksköterska som kräver dialog, information och kunskap om patientens situation (14).

En begreppsanalys gjord på föräldrars delaktighet (*parental participation*) gör gällande att det råder osäkerhet kring användandet och innebörden av begreppet. Analysen visar att delaktighet främst kännetecknas av förhandling, kontroll, jämlikhet, villighet och kompetens (15).

Vårdpersonalens syn på de närståendes delaktighet är avgörande för i hur stor grad de närstående medverkar, men även den enskilda individens syn på vad delaktighet innebär spelar roll. De närstående och vårdpersonalen har ibland olika uppfattningar om vad delaktighet är och vilken grad av delaktighet som förväntas i olika sammanhang (12).

I en studie av Allen (16), gjord på en vårdavdelning för vuxna, tas en modell fram där de närstående delas in i tre roller; besökare, arbetare och experter. Studien visar att personalens attityder till de närståendes delaktighet varierade mellan de olika rollerna. Expertrollen kunde av personalen ses som hot mot den professionella kompetensen, och dessa närstående sågs som kritiska och krävande. I arbetarrollen tog de närstående på sig ett större ansvar än förväntat, vilket sågs som positivt, men ändå rubbade jämvikten. I den klassiska rollen som besökare utförde de närstående vad personalen förväntade sig av dem.

I en avhandling från Göteborgs universitet har Wigert undersökt föräldrars delaktighet (*parental participation*) på en neonatal intensivvårdsavdelning. Wigert menar att delaktighet inte kan krävas, fås eller ges, men att det däremot går att skapa



förutsättningar för delaktighet. I sin slutsatts presenterar hon, i tre kategorier, hur dessa förutsättningar för delaktighet bland föräldrar kan skapas. (17):

- Delaktighet genom bemötande: Den faktor som var viktigast för de närstående var personalens goda bemötande, som direkt bidrog till att de närstående kände sig bekräftade och välkomna. Däremot hade personalen svårt att möta de närståendes oro, vilket visade sig i att personalen inte ville möta de närståendes blickar. Att möta någon annans oro kan upplevas svårt och väcka ångest hos den som vårdar (17).

- Delaktighet genom aktiv delaktighet: Den närstående befinner sig i en beroendeställning. De kan inte själva "vårda" lite som de känner för, utan måste få någon form av inbjudan från vårdpersonalen. Personalen måste bjuda in till delaktighet och visa att de har tillit till den närstående (17). Kirkevold menar att vi som människor besitter en naturlig vårdkompetens, men att denna lätt trängs undan av all teknik på en modern vårdavdelning. Genom att personalen uppmuntrar och bjuder in till aktiv delaktighet kan denna naturliga vårdkompetens stärkas (18).

- Delaktighet genom kommunikation: God kommunikation mellan närstående och personal är en förutsättning för att den närstående ska kunna delta på sina villkor. Om kommunikationen brister skapas osäkerhet hos den närstående. Denne kan uppleva att för stort ansvar tilldelas, eller tvärt om, att delaktighet inte får den förväntade omfattningen (17).

Eriksson menar att vårdandet förutsätter delaktighet. Hon skriver att: *"Vårdandet innebär delande. Delandet innebär att vara delaktig, och att vara med, delta. /.../ Delandet kan anta ett oändligt antal olika former och väsen"* (19 sid.38). I vårdandet är delaktighet en hörnpelare som innebär ett möte med andra, en närvaro. Denna närvaro innefattar en bekräftelse av den andra (19).

### **2.3.2 Bekräftelse**

Närstående har ett stort behov av att bli bekräftade. Att i mötet med vården bli sedd, hörd och trodd på genererar känslan av att vara bekräftad (3).

Bekräftelse är grunden för respekt för andra, och för att kunna bekräfta måste medkänsla omsättas i handling. Det är lättast för människor att visa medkänsla för dem som de känner, likaså för dem som liknar en själv, och för människor som befinner sig i situationer vi själva har befunnit oss i. Det är också lättare att visa medkänsla när den andre visar tydligt vad denne tycker, vill eller känner. Genom att bekräfta någon annan visas en medvetenhet för legitimiteten i en annan människas handlingar, känslor och tankar. Detta kan också kallas för validering. En annan människa ses och hänsyn tas till denne (20).

När någon bekräftas godkänns dennes behov, mål och värden, oavsett vilka egna värderingar som existerar. Detta betyder inte att de egna värderingarna överges, bara att det finns giltighet i den andres sätt att se på saken. Att bekräfta betyder inte att hålla med, det är en förståelse för den andres åsikt. Att bekräfta ett specifikt önskemål betyder inte heller att det måste utföras, önskemålet kan bekräftas men inte handlingen det kräver. Att bygga relationer kräver bekräftelse, och det inbegriper att både att kunna bekräfta sig själv och andra. Att bekräfta och se den andres behov kan förebygga många missförstånd (20).

I en litteraturstudie rörande bekräftelse i processorienterad handledning i vårdarbete, gjord av Halvarsson/Johansson, beskrivs begreppet bekräftelse i fyra kategorier; identitetsutveckling, ansvar, gensvar och dialog (21).

Identitetsutveckling: Det är viktigt för individen att känna igen känslan av bekräftelse, för att själv kunna bekräfta. Har inte individen upplevt hur det är att vara älskad och bekräftad, kan det vara svårt att på ett bra sätt bekräfta andra (21).

Ansvar: Att se den andra människan är ett ansvar. Mötet med andra är det centrala, men detta medför ett ansvar för en annan människa (21).

Gensvar: Handlar om hur relationer byggs upp. Människan har behov av att bli bekräftad av sig själv och av andra för att kunna bygga relationer. En bekräftande relation är närande, den ger kraft och styrka, medan en icke-bekräftande relation är tärnande. Känslan av sårbarhet ökar i en beroendeställning, t.ex. patient – sjuksköterska (21).

Dialog: Bekräftelsens uttryck är att bli sedd, att få upplevelsen av att bli lyssnad på och förstådd. I relationen till andra blir vi förverkligade som personer (21).

### 3 SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva innebörden och konsekvenserna av närståendes delaktighet i vården ur både närståendes och sjuksköterskors perspektiv, samt hur bekräftelse kan användas i sjuksköterskans yrkesutövande för att närstående ska känna delaktighet.

### 4 METOD

Arbetet är en litteraturstudie, där materialet till resultatet baseras på publicerade vetenskapliga artiklar ur databaserna PubMed och CINAHL.

Upp emot 40 sökningar gjordes där flera kombinationer av sökorden *family*, *relatives*, *nurses*, *professional-family relations*, *confirmation*, *participation*, *involvement* och *being met* användes. Detta gav i de flesta fall ett för stort antal artiklar som vid ytterligare begränsningar inte innehöll material som motsvarade studiens syfte.

Termen *family* motsvarar i databaserna PubMed och CINAHL det svenska ordet närstående bra. Med *family* avses både familj med blodsband och juridiska band, familj utan dessa band samt en vidare krets bestående av vänner, grannar etc. Termen *relatives* gav sämre sökresultat, denna term används inte lika frekvent i artiklarna.

För att begränsa sökningarna har i samtliga fall endast artiklar skrivna på engelska eller svenska valts. Sökningar i CINAHL har begränsats till peer-reviewed och research-article.

Den kombination sökord som renderade artiklar som dels motsvarade syftet och som dels i antal träffar var greppbart var *professional-family relations* AND *nurses* AND *nurses attitudes*. Åtta av artiklarna (22-29) som använts i denna studie hittades

genom denna sökning. Flera av dessa artiklar återkom dessutom i flera av de andra sökningarna, vilket visar att området väl täcktes in.

För att välja ut artiklar lästes först titlarna på artiklarna i sökresultaten. I de fall då de verkade relevanta för studiens syfte lästes också abstract. Överensstämde även detta med studiens syfte lästes artikeln i sin helhet.

Tabellen över artikelsökningar.

| Datum  | Databas   | Sökord   | Begränsningar   | Träffar | Valda artiklar (ref nr)        |
|--------|---|--|---|---------|--------------------------------|
| 080930 | CINAHL  | <i>Professionals-Family Relations</i> AND <i>Nurses</i> AND MH <i>“Nurses attitudes”</i> | Språk: engelska, svenska<br><br>Peer-reviewed, Research article | 82      | 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 |
| 080918 | PubMed  | Frisökning genom relaterade artiklar   |   |         | 30, 31                         |
| 080921 | Manuell sökning utifrån andra artiklars referenslista |  |   |         | 32                             |
| 081008 | PubMed  | <i>“Family”</i> (Mesh-term) AND <i>“Nurses”</i> (Mesh-term) AND <i>participation</i>     | Språk: svenska, engelska  | 56      | 0                              |
| 081008 | CINAHL  | <i>family</i> AND <i>nurses</i> AND <i>participation</i>                                 | Språk: svenska, engelska<br><br>Peer-reviewed, Research article | 96      | 0                              |

Alla artiklar som valdes ut belyser mötet mellan sjuksköterskor och närstående, men ur olika perspektiv. Merparten behandlar sjuksköterskans perspektiv på interaktionen med närstående (22-24, 26, 28, 29, 31). Två artiklar belyser mötet ur de närståendes perspektiv (30, 32), en gör en jämförande studie mellan de närståendes och

sjuksköterskans uppfattningar (25) och slutligen undersöker en artikel interaktionen mellan de närstående och sjuksköterskorna (27).

Artiklarna har granskats med utgångspunkt från checklista för kvalitativa och kvantitativa artiklar som finns tillgänglig genom Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet (33). Totalt granskades 12 artiklar och av dessa valdes 11 ut att ingå i studien. Samtliga dessa artiklar finns tillgängliga genom Göteborgs universitetsbibliotek, de är publicerade mellan 2001 och 2008, i Sverige (22-24, 26, 29, 31), USA (25, 32), Canada (28), Finland (27), Norge (30). Presentation av de valda artiklarna finns i bifogad bilaga. Artikeln som uteslöts handlade om sjuksköterskors möte med närstående i Moçambique. Studiens kontext var inte relevant och applicerbar då resterande artiklar behandlar västerländska förhållanden.

En induktiv ansats har använts vid analysen av artiklarna. Första läsningen av artiklarna gjordes förutsättningslöst. Vidare läsningar gjordes noggrant med studiens syfte som utgångspunkt. Flera teman kom fram i texten, som i sin tur bildade kategorier (34). Dessa kategorier presenteras som underkapitel *5.1 Närståendes känsla av delaktighet*, *5.2 Sjuksköterskans syn på närståendes delaktighet i vården* och *5.3 Vad möjliggör och vad hindrar delaktighet?* i kapitel 5 Resultat.

## **5 RESULTAT**

Resultatet tar sin utgångspunkt i tre olika kategorier. Först belyses de närståendes upplevelser av delaktighet och hur de vill bli bekräftade. Sedan följer sjuksköterskornas syn på de närståendes delaktighet i vården, både som resurs och som börda. Slutligen tas upp vad som möjliggör och vad som hindrar närståendes delaktighet i vården.

### **5.1 NÄRSTÅENDES UPPELVELSE AV DELAKTIGHET I VÅRDEN**

#### **5.1.1 Närståendes upplevelse av delaktighet och bekräftelse**

Närstående ville bli inbjudna till dialog kring patientens sjukdom och vård. När de fick delta kände de sig bekräftade och ur detta uppstod en känsla av gemenskap och tröst som i sin tur gav en möjlig väg till att känna hopp. För de närstående var tröst känslan av att vara välkommen, avslappnad och lättad. När de upplevde tröst minskade känslan av hjälplöshet och kraftlöshet, och det väckte en möjlighet till att känna hopp. I frånvaro av dialog med personalen, kände sig de närstående obekräftade (30). Närstående förstod att sjuksköterskans primära uppgift var att ta hand om patienten, men de ville så gärna att sjuksköterskan skulle finnas där för dem med (23, 30, 32). Behovet av stöd från sjuksköterskan såg olika ut beroende på hur nära den sjuke den närstående levde sitt liv. Ju större distans mellan närstående och sjuk, desto mindre stöd tenderade att behövas från sjuksköterskan (23).

Närstående ville bli sedda som människor. Att bli sedd som människa betyder också att inte bara uppmärksamma vad som sägs, utan också vad som inte sägs – vad som upplevs, vad som tänks, vad som menas (30).

När närstående blev bekräftade i nuet, skapades en gemenskap av känslomässig karaktär mellan de närstående och personalen. Denna gemenskap upplevdes som

mycket viktig för de närstående, och genom gemenskapen kände de tröst (22, 29, 30).

De närstående uttryckte att de vaktade på sjuksköterskan för att se om hon visade patienten omsorg och respekt. När de närstående beskrev sina relationer till vårdpersonalen, var det sjuksköterskorna som yrkesgrupp som de hade den djupaste relation med, och som var viktigast (32). Sjuksköterskor som visade hängivenhet både mot patienten och de närstående utvecklade en särskilt god relation med de närstående (30,32).

Att sjuksköterskor bemötte både patient och närstående som personer, tillbringade tid med de närstående, delade med sig av sig själva, uppmuntrade till delaktighet och visade att de förstod och såg vad de närstående gick igenom – allt detta vårdade de närstående (22,32). När personalen kände av de närståendes sårbarhet och när de närstående upplevde att de blev bekräftade som sköra människor, öppnade sig en väg till delaktighet och tillit (30). Däremot upplevde de närstående ett lidande när sjuksköterskor visade nedlåtande attityd gentemot närståendes delaktighet, bara intresserade sig för praktiska göromål runt patienten eller undvek att involvera de närstående i vården (30, 32).

Närstående ville att sjuksköterskorna skulle se deras behov av att få vara nära den sjuke, särskilt när tillståndet förändrades. När sjuksköterskorna motverkade detta upplevdes det som mycket smärtsamt (32).

När närstående skattade i vilken grad de upplevde att sjuksköterskorna mötte deras behov, blev resultatet att närstående upplevde att sjuksköterskorna mötte deras behov i högre utsträckning än sjuksköterskorna skattade att de verkligen gjorde (25).

### **5.1.2 Förändring över tid**

Närståendes roll i vården har förändrats, och de har blivit allt viktigare i sjuksköterskans arbete under de senaste åren. Vården går mot att bli mer familjeorienterad, men mycket arbete återstår. Närstående borde involveras ännu mer, något sjuksköterskorna upplevde var svårt att åstadkomma (23,29).

Förändringarna av närståendes roll i vården måste ske genom en parallell process, både vården och de närstående måste lära nytt. Det hjälper inte att vården förändras om de närstående förväntar sig att bli bemötta på ett visst sätt. Närstående som haft kontakt med vården innan familjeorienterad vård började genomföras, hade svårt att acceptera nya sätt att bli bemött på. "Nya" patienter och närstående, dvs. de som tidigare inte haft särskilt mycket kontakt med vården, hade lättare att ta till sig en mer familjeorienterad vård, då de inte kände till något annat (23).

## **5.2 SJUKSKÖTERSKANS UPPLEVELSER AV NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET I VÅRDEN**

### **5.2.1 Närstående som resurs**

Som helhet i det studerade materialet uttalade sjuksköterskorna att närstående är viktiga i vården (22-24, 26, 27, 29-31), bland annat för att ge och ta information (22, 23, 26, 27, 29, 31, 32). De närstående glöms ibland bort som en utmärkt källa till

information (22, 23). Närstående fungerade som en länk mellan den sjuke och sjuksköterskan, och blev på så vis viktig både för den sjuke och för sjuksköterskan. Närstående var till och med tagna för givet, vilket blev tydlig då det inte fanns någon närstående (29). När kommunikationen med närstående fallerade p.g.a. språksvårigheter, blev sjuksköterskorna osäkra på om budskapen gick fram. Kulturkrockar kunde också uppstå och komplicera samarbetet (31). Närstående kunde bidra med en omfattande beskrivning av hur den sjuke var, vilket hjälpte sjuksköterskan att ge individuellt anpassad vård (29). I arbetet med äldre patienter var samarbetet med närstående helt avgörande, särskilt vid demens, där de närstående fick bli advokater åt patienten (31). När det uppstod problem i relationer med närstående tog hela arbetet längre tid (22).

En god relation mellan närstående och sjuksköterskorna förbättrade vården av patienten (26, 30-32). Vad sjuksköterskorna upplevde som bra för patienten var också bra för de närstående (30). Genom en fungerade relationen till de närstående blev också vården av patienten god och personalen kände tillfredsställelse (31). När de närstående blev bekräftade av sjuksköterskorna öppnades möjligheten för de närstående att i sin tur bekräfta patienten. Detta stöttade de närstående i att dela lidandet med den sjuke, utan att göra någon ansats att försöka ändra på denne (30). För patienternas psykosociala välbefinnande var de närstående lika viktiga som sjuksköterskorna (26).

Närstående som var missnöjda med vården kunde klaga hos de ansvariga myndigheterna, vilket kunde leda till goda förändringar för sjuksköterskornas arbetsförhållanden (26).

Närstående är en resurs, men med vissa undantag; I en studie från Sverige sågs närstående framför allt som en resurs till patienterna. Det lättade lite av sjuksköterskornas börda att de närstående var mycket närvarande. Sjuksköterskorna räknade inte med "hjälp" från närstående i sitt arbete. De uttryckte att det ingick i sjuksköterskans arbete att ta hand om närstående, men patienten var prioriterad. Sjuksköterskorna tyckte det var bra att närstående hälsade på, men uppmuntrade även dem till att fortsätta med sina egna liv (26).

I en annan svensk studie undersöktes bl.a. sjuksköterskors attityder om närstående som resurs i sjuksköterskans arbete. Påståendena att en *"god relation till närstående ger mig jobbtillfredsställelse"*, och *"jag får värdefull information från närstående som jag kan använda i mitt arbete"* fick lågt stöd av manliga sjuksköterskor, sjuksköterskor på sjukhus, samt sjuksköterskor utan generell kontakt med närstående på sin arbetsplats (24 sid. 169).

### **5.2.2 Närstående som börda**

I en svensk studie undersöktes sjuksköterskors attityder om närstående som resurs i sjuksköterskans arbete. Påståendena *"närstående uppmuntras att ta tillvara egna resurser för att hantera situationen"* och *"jag ser närstående som en samarbetspartner"* fick lågt stöd av nyutexaminerade sjuksköterskor, sjuksköterskor på sjukhus och sjuksköterskor med lite kontakt med närstående. Vidare fick påståendena *"närståendes närvaro får mig att känna stress"* och *"jag har inte tid att ta hand om närstående"* stöd av nyutexaminerade och de som inte mötte närstående på sin arbetsplats (24 sid. 170).

I samma studie påvisades att vara man, nyutexaminerad och ha lite kontakt med närstående på sin arbetsplats gav lägre stöd för påståendet att närstående är viktiga i sjuksköterskans yrke (24). Nyutexaminerade sjuksköterskor hade svårt att se närståendeperspektivet i vården och ta han om dessa (29).

Närstående till psykiskt sjuka har ofta fått kämpa för att deras kära ska få tillgång till psykiatrisk vård. När de får tillgång till vård har de svårt att släppa taget om den sjuke och upplevs av sjuksköterskorna som att de "pressade sig emellan" och var i vägen (23). Ibland upplevde sjuksköterskorna att de fick klä skott för närståendes egna dåliga samvete (31).

I en annan svensk studie uttryckte sjuksköterskorna att närstående inte skulle ta för mycket ansvar, då detta oftast betydde mera arbete för sjuksköterskan. De närstående fick inte ta tid ifrån det som sjuksköterskorna var där för att göra. Närstående gavs ingen prioritet i arbetet. Att arbeta med närstående sågs som komplicerat p.g.a. sjuksköterskornas oregelbundna schema, tidsbrist och att det inte gav någon feedback från sina chefer (26).

### **5.2.3 Både resurs och börda?**

När sjuksköterskors upplevelser av interaktionen med närstående studerades på en intensivvårdsavdelning i Sverige, drogs slutsatsen att det gick att dela in sjuksköterskorna i två kategorier; de som inbjöd till delaktighet och de som inte gjorde det (22).

Inbjöd till delaktighet: En god relation till närstående sågs som en förutsättning för god vård. De uttryckte att de "erbjöd" sig till de närstående, genom att vara närvarande, lyssna, svara på frågor och erbjuda tröst. De skärmade inte av sig, och vågade visa egna känslor öppet. De såg inte som en fördel att "hålla masken". De såg som sin uppgift att informera alla i familjen som ville ha information. De såg att relationerna gav dem något tillbaka, och att detta stärkte dem (22).

Inbjöd inte till delaktighet: Dessa sjuksköterskor ansåg att patienten, medicin- och teknikuppgifter var viktigast. De såg sig själva som auktoriteter, experter och ville ha ett professionellt förhållningssätt till närstående. De ville inte bli störda i sitt arbete, och uppskattade inte närståendes närvaro. De informerade de närstående rakt upp och ner utan överväganden, och förväntade sig att de i sin tur skulle berätta för resten av de närstående. De ville hålla en klar och tydlig gräns mellan privat och professionell roll. Ibland kände sjuksköterskorna att de närstående misstrodde deras kompetens och därför inte lämnade den sjukes sida. Sjuksköterskorna svarade då med att anta en defensiv roll och mötte inte närstående och patient mer än nödvändigt. Efter detta kände sig sjuksköterskorna fullständigt utpumpade (22).

### **5.2.4 Bemötande av närstående**

I flera studier lyfter sjuksköterskorna fram att det viktigaste sättet att ansluta till de närstående var genom att dela med sig av information (23, 24, 27, 29, 32). Sjuksköterskan var den som skulle ta initiativ till informationsutbytet (27, 32). Men i en undersökning framhålls att det var upp till de närstående själva att ta det initiativet (26). Manliga sjuksköterskor, sjuksköterskor som inte tidigare haft en egen sjuk närstående, nyutexaminerade, och sjuksköterskor som inte mötte närstående dagligen på sin arbetsplats gav i en svensk studie lägre stöd för påståendena att närstående var

viktig som samtalspartner, och att en tidig och god relation till de närstående sparade tid i vårdarbetet (24). Närstående förstod att det var sjuksköterskorna som stod närmast patienten, och ansträngde sig för att skapa en god kontakt med sjuksköterskorna. De kände att det var sjuksköterskornas uppgift att initiera kontakt med dem, men de var villiga att jobba på relationen till sjuksköterskorna för att få en så god vård som möjligt för den sjuke (32).

Interaktionen mellan sjuksköterskan och närstående sågs som grundläggande för att kunna dela information, ge trygghet, fatta beslut om fortsatt behandling och ge holistisk vård (27). Att ge information till närstående beskrevs som en balansakt, den måste vara ärlig men ändå låta närstående ha kvar hoppet (22, 29). Sjuksköterskorna kände att de ljög om de inte informerade. Om inget mer fanns att göra för patienten var det bättre att berätta det och ge de närstående en ärlig chans att ta farväl och stödja och ge tröst i sorgen (29).

I kontakten med de närstående upplevde sjuksköterskorna att de närstående hade stort behov av att ha någon som lyssnade på dem. När närstående t.ex. visade stor frustration och ilska över vårdsystemet, menade sjuksköterskorna att det var viktigt att möta och förstå de närstående, att se deras behov av att få tala med någon (23).

För att stödja närstående var det angeläget att sjuksköterskorna fanns nära och att visa att de brydde sig. Närstående måste få känna sig betydelsefulla. Sjuksköterskorna informerade om praktiska saker, och det var bra att ge närstående uppgifter som gjorde att de var nära den sjuke (29). Sjuksköterskorna hade lärt sig hur de skulle förhålla sig till och skapa god kontakt med närstående över tid och genom professionella och privata erfarenheter. De använde sin intuition (22).

Sjuksköterskorna menade att det var lättare att samarbeta med äldre närstående än yngre. Äldre uttryckte oftare tacksamhet. Kvinnliga närstående la sig oftare än manliga närstående i hur saker och ting sköttes. Manliga närstående ansågs därför som lättare att arbeta med. Däremot kom oftare och mer regelbundet kvinnliga närstående på besök, vilket uppskattades av sjuksköterskorna (26).

I flera studier framhölls att inte ha begränsade besökstider var en stor del av bemötandet av de närstående. Det var viktigt att de närstående fick vara där när de ville, för att möjliggöra delaktighet i vården (25, 27).

Vissa sjuksköterskor såg ett problem i att skapa en bra kontakt med de närstående och samtidigt ha sin lojalitet hos patienten (23, 29, 31). Sjuksköterskorna kände att om konflikt uppstod mellan närstående, hade de ingen möjlighet att stå utanför, de drogs med antingen de ville eller ej (29). Om det fanns motsättningar bland närstående, tog sjuksköterskan alltid patientens parti. Även om det var påfrestande med konflikter bland närstående, fördrog sjuksköterskorna detta framför att det inte fanns några närstående alls, eller när närstående inte visade omsorg för den sjuke (31).

I relationen till de närstående sattes sjuksköterskan skicklighet i omvårdnadskonsten på prov, kontakten med de närstående sågs som en av de viktigaste men även en av de mest krävande delarna av yrket (22, 26). Till exempel hade sjuksköterskorna på ett äldreboende uppmärksammat att de närstående ofta ville ha avancerad sjukhusvård för sina äldre. När sjuksköterskorna inte höll med om att en sådan vård



behövdes, var de tvungna att motivera varför den vården inte var tillämplig och varför sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder och -handlingar var de bästa för patienten i nuläget (31).

### **5.2.5 Egen skattning av att möta närståendes behov**

En studie från USA utforskade skillnader mellan sjuksköterskor och närståendes uppfattningar om närståendes behov, och hur sjuksköterskan mötte dessa. Närstående rangordnade sina viktigaste behov i 12 punkter. När sjuksköterskorna sedan rangordnade vad de trodde de närstående hade för behov, överensstämde 5 av 12 behov. De behov som överensstämde var; (i) att få ärliga svar på frågor, (ii) att vara säker på att den absolut bästa vården ges till patienten, (iii) att få information med ord som förstods, (iv) att få känna hopp, samt (v) att få prata med läkaren varje dag (25).

Det som sjuksköterskorna angav som mindre viktigt, men som de närstående framhöll som viktigt var; (i) att få veta prognosen, (ii) att få prata med sjuksköterskan varje dag, (iii) att få veta på vilket sätt patienten fått vård, (iv) att få veta varför vissa saker gjordes med patienten, (v) att få information hem per telefon vid förändringar, (vi) att få information om patienten varje dag, (vii) att få veta exakt vad som gjordes för patienten, (viii) att få veta omflyttningsplaner i förväg, samt (ix) att få veta specifika detaljer angående patientens status (25).

När närstående skattade i vilken grad de upplevde att sjuksköterskorna mötte deras behov, blev resultatet att närstående upplevde att sjuksköterskorna mötte deras behov i högre utsträckning än sjuksköterskorna skattade att de verkligen gjorde i samtliga fall (25).

I en annan studie från Canada visade det sig att samtliga sjuksköterskor skattade att de presterade ett bättre arbete gällande att möta de närstående, jämfört med sina kollegor. De menade att de utförde vissa moment mer frekvent än sina kollegor. De menade även att de upplevde obehag ifall de skulle delta mer sällan i familjefokuserade åtgärder än sina kollegor. De lyfte särskilt fram tre arbetsuppgifter i vilka de kände sig särskilt trygga i sin yrkesroll, (i) diskutera patientens prognos, (ii) förklara patientens utrustning, samt (iii) diskutera möjligheten att patienten dör, med de närstående (28).

## **5.3 VAD MÖJLIGGÖR OCH VAD HINDRAR DELAKTIGHET?**

### **5.3.1 Möjligheter**

När de närstående upplevde att de blev bekräftade, öppnade sig en väg till delaktighet (30, 32). Både sjuksköterskorna och närstående nämnde medkänsla och samförstånd som viktiga beståndsdelar i denna bekräftelse (25). När personalen visade tillit till och bekräftade de närstående kände de närstående sig lugnade (30). Sjuksköterskorna nämnde att förklaring, tolkning och kontinuitet i vården bidrog till att förstärka känslan av stöd och guidning. Strategier för närhet inkluderade fria besökstider, att närstående skulle få vara där när de önskade för att möta individuella behov (32, 25). Att få se den sjuke ofta, särskilt när tillståndet förändrades, var mycket viktigt för de närstående (32).

Att sjuksköterskan tog initiativ till samtal och dialog hade stor del i att möjliggöra delaktighet (23, 25, 27, 30, 31). Det potentieras av; en positiv attityd på avdelningen gentemot närstående, att de närstående visar tilltro till sjuksköterskan, samt att sjuksköterskorna var öppna. När patienten visade positiv attityd till samtal mellan närstående och sjuksköterskan underlättades deras relation (27). Om patientens vård hade blivit tydligt planerad bidrog även detta till att göra interaktionen mellan sjuksköterskan och närstående lättare. Då kunde de samarbeta på ett tydligare sätt (25, 27, 32).

Andra faktorer som framkom i olika studier och som skulle kunna främja närståendes delaktighet i vården var bra fysisk miljö (t.ex. samtalsrum), mellandisciplinära team, präster (25), stödgrupper och uppföljningssamtal för alla sjuksköterskor (29), att minst två närstående skulle vara närvarande samtidigt, så att dessa kunde stödja varandra, samt att familjefokuserad vård borde utvecklas och brytas ner till handfasta råd (22).

### **5.3.2 Hinder**

För att ha en dialog torde delaktighet finnas, denna delaktighet skedde genom givande och tagande. Brist på interaktion ledde till avsaknad av dialog och att delaktigheten uteblev. De närstående kände sig övergivna när de inte fick möjlighet att delta i vården. Personal som skyddade sig bakom rigida sjukvårdssystem, stängde möjligheten för att vara närvarande till förmån för de närstående därmed stängdes även förutsättningar för delaktighet. Distanseringen från personalen bidrog även till en ökad klyfta mellan den sjuke och den närstående (30).

Hinder för delaktighet fanns även i form av organisatoriska problem, t.ex. chefer som inte förstod betydelsen av sjuksköterskans arbete med de närstående. Vården organiserades i team, vilka inkluderade flera olika professioner. Att ingå i flera olika team runt flera olika patienter tog mycket tid i anspråk, vilket direkt påverkade kvaliteten på sjuksköterskornas dokumentation. Ekonomiska besparingar ledde t.ex. till att sjuksköterskorna var tvungna att prioritera, vilket medförde att de inte kunde ta den tid de önskade i anspråk för att hålla de närstående uppdaterade och bygga upp ett bra samarbete. Mycket inhyrd personal medförde brist på kontinuitet (31).

Samarbetet med läkarna beskrevs som problematisk, eftersom de inte delade med sig av sin information och ibland ändrade behandling från dag till dag, utan förklaring. Sjuksköterskorna upplevde sig stå mellan läkaren och närstående. I vissa fall skyllde de närstående på sjuksköterskan för saker som läkaren var ansvarig för. Ibland fick sjuksköterskorna tvinga läkare att prata med närstående. Det hade varit bättre om läkaren kommunicerade direkt till de närstående (29, 31).

En del sjuksköterskor såg ett problem i att skapa en bra kontakt med de närstående och samtidigt ha sin lojalitet hos patienten (23, 29, 31). Sjuksköterskorna upplevde ofta att de inte räckte till både den sjuke och de närstående. De ville gärna arbeta i par, två sjuksköterskor, så en kunde stödja närstående och en arbeta med den sjuke (29).

Kulturella skillnader kunde ibland ge bekymmer, såsom antalet besökare på en gång (29, 31) och när kommunikationen med närstående fallerade p.g.a. språksvårigheter (31).

Andra faktorer som framkom i olika studier och som hindrade närståendes delaktighet i vården var att lokalerna inte var anpassade för omhändertagande av närstående (25, 26, 29), drogproblem hos närstående (31), konflikter mellan närstående (29), stress och tidsbrist (27, 31), närståendes blyghet, sjuksköterskans blyghet (27), samt att det kunde vara svårt att träffa de närstående pga. oregelbundna arbetstider, särskilt i de fall där de närstående också arbetade på sitt håll (26, 27).

## 6 DISKUSSION

### 6.1 METODDISKUSSION

Artikelsökningen skedde i huvudsak i de stora databaserna PubMed och CINAHL. Dessa databaser omfattar en mycket stor mängd material. För att få så bra sökningar som möjligt är det viktigt att sökorden begränsar sökningen på rätt sätt. Det eftersökta ska komma med, medan det oväsentliga ska sorteras bort. För att underlätta sökningarna kan Mesh-termer användas, i CINAHL finns också CINAHL-headings. Dessa hjälpmedel kan beskrivas som färdiga "kategorier" inom olika ämnesområden, vilka kan vara till stor hjälp. Mesh-terminen "*Nurses*" innefattar till exempel allt som har med sjuksköterskor att göra, oavsett vilken böjning på ordet som finns i respektive artikel. Genom att kombinera Mesh-termer med fria sökord kan sökningarna begränsas på ett bra sätt.

Mesh-termerna har dock begränsningen att de i få fall beskriver "mjuka värden" såsom delaktighet eller bekräftelse, varför alternativa sökord måste användas. Med motsatsen, "hårda termer" avses medicinska tillstånd, sjukdomstillstånd, terapimetoder etc. Att det är relativt svårt att söka i databaserna med "mjuka värden" är frapperande, då majoriteten av omvårdnadsforskningen publiceras i dessa databaser och även stöder sig på forskning publicerad i densamma. Eller, om man vänder på resonemanget, så är det anmärkningsvärt att det finns så få "mjuka" Mesh-termer.

För att söka artiklar som handlade om närstående fick det engelska sökordet *family* användas. Sökordet *relative* gav ett magert resultat. I de valda artiklarna, som söktes ut med termen *family*, finns i artiklarna begreppen; *family*, *family members*, *close relatives*, *relatives*, *next of kin* och *significant others*. I artiklarna som ingår i denna studie definieras det valda ordet för närstående i den vidare meningen av begreppet, dvs. även inkluderar t.ex. vänner och grannar.

Intuitivt, för att söka artiklar som handlar om delaktighet, hade valet av sökord fallit på *participation*. Detta gav inget bra resultat. Artiklarna som söktes fram med sökordet *participation* belyste områdena vård vid livets slut, barnmorskevetenskap, vård av barn och föräldrars delaktighet. Sökmotorerna föreslog även artiklar inom partikelfysik. Mesh-terminen *professional-family relations* genererade däremot många bra artiklar som motsvarade litteraturstudiens syfte, där närståendes delaktighet belyses ur olika vinklar.

En begränsning i materialet kan ses vara att bara två artiklar belyser de närståendes perspektiv (30, 32), två jämför sjuksköterskornas och de närståendes perspektiv (25, 27), medan resterande sju artiklar belyser de närstående ur sjuksköterskans perspektiv. Få artiklar gick att finna som belyste de närståendes delaktighet ur deras

eget perspektiv. Samtidigt kom flera av de valda artiklarna med i flera av sökningarna vilket visar att området söktes av väl. Slutsatsen blir att lite forskning är gjord på närståendes upplevelser och uppfattningar om sin delaktighet i vården.

Samtliga valda artiklar kommer från länder med västerländsk kultur. En artikel hittades i vilken sjuksköterskor från Moçambique intervjuades om sina attityder gentemot närståendes delaktighet. Vid en noggrannare läsning av hela artikeln motsvarade den inte syftet, överförbarheten till en västerländs kontext haltade. Däremot hittades flera nyligen publicerade artiklar från Sverige (23, 24, 29, 31) vilket visar att ämnet är aktuellt här just nu.

Sju av artiklarna var genomförda med kvalitativ metod (22, 23, 26, 29, 30-32), tre med kvantitativ metod (24, 25, 28) och en kombinerade både kvalitativ och kvantitativ metod i sitt angreppssätt (27). I de kvalitativa artiklarna användes olika metoder för insamling av data, två genom fokusgrupper (23, 29), fyra genom intervjuer (22, 26, 30, 32) och en använde enkäter (31). Studien som både var kvalitativ och kvantitativ använde enkäter, där de öppna frågorna analyserades kvalitativt och flervälsfrågorna kvantitativt (27).

Vårdkontexten i artiklarna varierar. I artikelsökningarna sågs tendensen att flertalet studier som berör närstående är gjorda inom intensivvård, geriatriska vård, neonatalvård samt palliativ vård. Artiklar som rör vård där patienterna var minderåriga valdes bort med motiveringen att barn är helt beroende av sina föräldrar, det blir ytterligare en dimension. Av samma anledning valdes artiklar där kontexten var palliativ vård bort, då sorgearbete tillsammans med de närstående var en stor del av forskningen. De artiklar som ingår i studien har vårdkontexten intensivvård (22, 25, 28, 29, 32), psykiatri (23, 30), geriatrik (26, 31) samt två artiklar där kontexten är "blandad". De "blandade" bakgrunderna består av en studie där 1 000 svenska sjuksköterskor slumpvis valdes ur Vårdförbundets medlemsregister, uppskattningsvis 90% av alla svenska legitimerade sjuksköterskor är medlemmar i Vårdförbundet (24). Den andra "blandstudien" var gjord på avdelningar som behandlar hjärt-kärlsjukdomar, reumatiska sjukdomar, neurologiska sjukdomar samt gastrorelaterade sjukdomar (27).

Jag har valt att studera närståendes delaktighet i vården oavsett vårdkontext. Därmed divergerar materialet. Det är radikalt olika förutsättningar för delaktighet för närstående beroende på om de vårdar en äldre släkting över en längre tidsperiod, eller om de har en kritiskt sjuk familjemedlem på en intensivvårdsavdelning under några dagar. Det var svårt att lägga samman materialet när det handlar om olika tidsperspektiv och olika grader av svårighet i sjukdomarna. Men, ett viktigt angreppssätt hade gått förlorat om jag hade valt att undersöka närstående ur en specifik kontext. Hade materialet varit större hade detta kunnat hanteras annorlunda, och mönstret i resultatet varit mer belagt.

I de artiklar då sjuksköterskors attityder undersöks är urvalet av varierande storlek. Den största studien, som var kvantitativ, baseras på enkätsvar från 634 svenska sjuksköterskor (24). Den minsta, en kvalitativ undersökning, grundar sig på intervjuer med 10 sjuksköterskors upplevelser (22). Detta bidrar också till materialets divergens, men bidrar också med olika infallsvinklar, vilket var värdefullt. I studien med det stora urvalet kan generaliseringar ganska säkert göras, då den representerar ett genomsnitt av sjuksköterskorna i Sverige. Däremot tas informanternas

resonemang kring sina ståndpunkter till vara på ett bra sätt i studien med det lilla urvalet.

Samtliga artiklar är etiskt granskade och diskussioner kring etiska aspekter i samband med studierna förs i samtliga fall.

Sökningar som genomfördes utan någon begränsning i publiceringsår, gav som resultat att flertalet av artiklarna var relativt nypublicerad forskning. Merparten var publicerat runt millennieskiftet och framåt. Detta tyder på att forskningsområdet är aktuellt just nu.

Att skriva uppsats själv, utan att ha någon att diskutera med, har både för- och nackdelar. En stor nackdel är att inte ha någon att prata med när det känns som uppsatsen "kör fast", någon som ser andra möjliga vägar och lösningar på problem. Likaså är det ens egen tolkning av resultaten som är den allena rådande, ingen annan har kritiskt granskat min tolkning. Min egen förståelse blir inte ifrågasatt av någon medförfattare, jag har därför försökt att hela tiden ifrågasätta mina val och slutsatser utifrån detta. Fördelarna är att arbetet kan läggas på det sätt som passar en själv bäst, både gällande tider, takt och tempo. Kompromisser behöver inte heller göras, samma linje kan hållas hela vägen.

## 6.2 RESULTATDISKUSSION

Närstående är betydelsefulla i vården. Det finns ingen forskning som jag funnit som uttrycker motsatsen. Närstående tas ibland till och med för givet, vilket särskilt visar sig i de situationer då det inte finns några närstående. Ny forskning stödjer tesen att närstående är en viktig resurs i vården.

Mitt resultat visar att nyckeln till delaktighet och bekräftelse för de närstående är dialog och information. Vilket väl överensstämmer med den teori som presenterades i bakgrunden. Delaktighet som process kräver deltagande, dialog och information (14, 17). Bekräftelse i sin tur måste bygga på dialog, för att uppnå upplevelsen av att bli lyssnad på och förstådd (3, 21, 20). Begreppen delaktighet och bekräftelse är i sin tur sammanlänkande, där delaktighet innefattar att bekräftelse existerar (19). I sjuksköterskors bemötande av närstående öppnas en väg till delaktighet och bekräftelse genom dialog, varför de alla tre är centrala begrepp för att åstadkomma en god och fungerande vårdssituation kring den sjuke och dennes närstående.

I flera studier (23, 25, 27, 30, 31) framhålls att det är sjuksköterskans uppgift att bjuda in till delaktighet. Detta tycker både sjuksköterskor och de närstående. Det är inte bara för att få en så god vård som möjligt av den sjuke, utan även för de närståendes egen skull. De önskade att sjuksköterskan ska finnas där även för dem. Men en artikel går emot detta resultat, där sjuksköterskorna menar att det är upp till de närstående själva att initiera kontakten om de vill vara delaktiga. Vilket är intressant eftersom studiens namn är "*Relatives are a resource, but...*" (26).

Det finns ytterligare motsättningar i det studerade materialet. En åsikt som har varit vanligt förekommande är att en sjuksköterska som delar med sig för mycket av sig själv bränner ut sig och att det skulle vara viktigt att ha en tydlig uppdelning mellan professionell och privat roll (22, 26). Ny forskning visar dock att det kan vara tvärtom, att en sjuksköterska som delar med sig av sig själv och inte gör denna

tydliga uppdelning mellan professionellt och privat mår bättre på sin arbetsplats. De upplevde att de fick mycket tillbaka i relationen med de närstående och detta stärkte dem (22). Jag ser det som att de närstående bekräftar sjuksköterskan tillbaka. I denna bekräftelse validerar den närstående det arbete som sjuksköterskan lagt ner, vilket stärker denne i sin yrkesroll, vilket ger tillfredsställelse och en positiv spiral uppstår.

Jag har sett att sjuksköterskorna i en studie skattar att deras egen insats är större än kollegornas, gällande att möta de närstående (28). Samtidigt visar en annan studie att sjuksköterskorna inte skattade att de mötte de närståendes behov i lika hög utsträckning som de närstående upplevde att de faktiskt gjorde (25). I det ena fallet överskattar sjuksköterskorna sin förmåga, i det andra fallet underskattar de den. Frågan som kan ställas är vilken förmåga sjuksköterskorna har att bedöma den egna insatsen, eller snarare med vilket självförtroende de beskriver sitt förhållande till närstående och hur mycket detta har påverkat analyserade artiklars resultatdelar.

I resonemangen om närstående måste kommas ihåg att närstående inte är en homogen grupp. Den består av enskilda individer, med egna behov, önskemål och förutsättningar (5). Delaktighet för en individ kan kännas kravfyllt för en annan, och vice versa, känslan av att inte få vara delaktig i den grad som önskas. De närståendes och vårdpersonalens syn på delaktighet kan skilja sig åt. Graden av delaktighet kan därför inte vara konstant. Förutsättningarna för att skapa delaktighet är olika beroende på vårdkontext. Enligt min mening borde inte graden av sjukdom, vårdtid eller annat avgöra vilket stöd den närstående behöver av sjuksköterskan för att kunna vara delaktig.

Hur vi agerar i interaktionen i den vårdande situationen kan förklaras genom de roller som vi tar på oss. Vi tar den roll som förväntas av oss, vi bryter inte sociala mönster (10, 11). Den närstående blir gärna en besökare och sjuksköterskan en expert, allt enligt de föreställningar vi har med oss om hur vården fungerar. När vården förändras i riktning mot en mer familjeorienterad vård, ändras både de närståendes och sjuksköterskornas roller i vården. I min studie visade det sig att närstående som haft många kontakter med vården har etablerat sin roll, sitt sätt att vara, och har svårt att ta sig an nya roller. En fråga som då kommer upp är om det omvända gäller, dvs. att erfarna sjuksköterskor har svårt att ta nya roller? Det finns viss bäring för att erfarna sjuksköterskor jämfört med nyutexaminerade har lättare att möta närstående på ett, för de närstående, bra sätt. Men på det stora hela förblir frågan obesvarad.

Från början hade jag en intention att studera hur sjuksköterskors bemötande av närstående påverkade den sjuke. Detta visade sig vara omöjligt då jag inte kunde finna någon specifik forskning kring just detta. I det material som jag har analyserat i denna litteraturstudie har ämnet dock berörts. Det som framkommit är att ett gott bemötande från sjuksköterskan av de närstående påverkade relationen mellan den närstående och den sjuke i positiv riktning (30, 31). Närstående bidrar också till vårdkvaliteten genom sin kunskap om patienten, vilket hjälper sjuksköterskan att ge individuellt anpassad vård (29). Omständigheter som självklart gör att vården blir bättre för den som är sjuk. Däremot borde det finnas situationer där närståendes närvaro inte alltid är det bästa för de sjuka. Sådana situationer beskrivs inte i det material jag har studerat.

Mitt syfte var att fördjupa förståelsen kring närståendes delaktighet i vården, samt hur bekräftelse kan användas för att åstadkomma delaktighet. Den fördjupade

förståelsen har åstadkommit genom att studera delaktighet både ur närståendes och sjuksköterskornas synvinkel. Genom att det undersökta materialet som tog sin utgångspunkt i de närståendes perspektiv var relativt litet, har tyngdpunkten i resultatet hamnat på sjuksköterskornas upplevelser. Även om de närståendes perspektiv kommer fram ur sjuksköterskornas berättelser. Det hade varit önskvärt att finna mer material som gör jämförande studier, eftersom det kan vara vanskligt att dra alltför långtgående slutsatser ur underlag producerat vid olika tidpunkter, på olika platser och med olika vårdkontexter. Däremot svarar litteraturstudien mer fullödigt på syftets andra del, eftersom det handlar om sjuksköterskans yrkesutövande, vilket är väl belyst. Vilket gör att denna litteraturstudie kan användas av yrkesverksamma sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter för att sätta sig in i den senaste forskningen om patienters delaktighet i vården.

Mer forskning skulle behövas om hur sjuksköterskans bemötande av närstående påverkar den sjuke. Majoriteten av artiklar använda i denna studie undersöker specifika vårdkontexter. Vad som skulle behövas är större studier som tittar på flera kontexter på en gång, både ur sjuksköterskan, närståendes och patienters perspektiv. Jämförelser skulle då också kunna göras kring bemötandet av närstående utgående från kontext, för att se om det finns olika bemötande beroende på kontext, eller om närstående rentutav vill bli bemött på olika sätt beroende av kontext.

I en studie framkom att manliga sjuksköterskor inte tyckte att närstående var en lika stor resurs för vården, som kvinnliga sjuksköterskor ansåg (24). I en annan studie ansåg sjuksköterskorna att manliga närstående var bekvämare än kvinnliga, då männen inte ställde några krav på hur vården skulle skötas (26). Varför förhåller det sig på detta sätt? Det borde undersökas vidare. Det går dessutom att lägga andra genusperspektiv på forskning kring närståendes delaktighet i vården. Finns det skillnader i hur kvinnliga respektive manliga närstående vill bli bemötta? Upplever kvinnor och män delaktighet och bekräftelse olika?

Slutsatsen av mitt arbete måste således bli att det finns fler frågor än svar på hur närståendes delaktighet i vården fungerar och hur den kan förbättras.

## 7 REFERENSER

1. Andershed, B. (1999). *I livets slutskede: De anhörigas roll*. Stockholm: Socialstyrelsen.
2. Svensson, E. (1996). *Att mötas Anhöriga och personal i omsorgsarbete*. Upplands Väsby: Svenska kommunförbundet.
3. Östlinder, G. red. (2004). *Närståendes behov Omvårdnad som akademiskt ämne*. Bromma: Svensk sjuksköterskeförening.
4. Svenska Akademiens Ordbok hemsida, [www.saob.se](http://www.saob.se). Tillgänglig 2008-09-23.
5. Jeppsson Grassman, E. red. (2003). *Anhörigskapets uttrycksformer*. Lund: Studentlitteratur.
6. Wright, L. M. & Leahey, M. (2000). *Nurses and families: A guide to family assessments and intervention*. Philadelphia: FA Davies.
7. Nationalencyklopedin hemsida, [www.ne.se](http://www.ne.se). Tillgänglig 2008-10-04.
8. Mellbourne, A. (1979). *Byråkatins ansikten. Rolluppfattningar hos svenska högre tjänstemän*. Stockholm: Publica.
9. Goffman, E. (1959). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
10. Eriksson, M. (1999). *Frihet inom rollen - den politiska ledningens betydelse för en kommuns utveckling i ett längre perspektiv*. Göteborg: Förvaltningshögskolans rapporter, nr 20, Göteborgs universitet.
11. Allardt, E. (1985). *Sociologi. Symbolmiljö, samhällsstruktur och institutioner*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
12. Bergström, C. (2006). *Närståendes delaktighet inom psykiatrisk slutenvård, ur ett livsvärldsperspektiv*. C-uppsats. Växjö: Växjö universitet.
13. Nationalencyklopedins Ordbok (2004). Höganäs: Bra Böcker.
14. Lindström, I. Gaston-Johansson, F. & Danielsson, E. (2006). Documentation of patients' participation in care at the end of life. *Nursing Ethics*, 13 (4), 394-403.
15. Coyne, I. (1996). Parent participation: a concept analysis. *Journal of Advanced nursing*, 23 (4), 733-740.
16. Allen, D. (2000). Negotiating the role of expert cares on an adult hospital ward. *Sociology of Health & Illness*, 22 (2), 149-171.



17. Wigert, H. (2008). *Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård*. Doktorsavhandling vid Sahlgrenska akademien: Göteborgs universitet.
18. Kirkevold, M. & Strömsnes Ekern, K. (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber AB.
19. Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.
20. Kåver, A. & Nilsson, Å. (2007). *Tillsammans. Om medkänsla och bekräftelse*. Stockholm: Natur och Kultur.
21. Halvarsson, M. & Johansson, I. (1995). *Att ge och ta emot bekräftelse – En studie av bekräftelse i processororienterad handledning i vårdarbete*. D-uppsats. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för vårdlärarytbildning.
22. Söderström, I. M. Benzein, E. & Saveman, B. I. (2003). Nurses' experiences of interaction with family members in intensive care units.. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 185-192.
23. Sjöblom, L. M. Peijlert, A. & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 14 562-569.
24. Benzein, E. Johansson, P. Franzén Årestedt, K. & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14 162-180.
25. Maxwell, K. E. Stuenkel, D. & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung*, 36 367-376.
26. Hertzberg, A. Ekman, P. L. & Axelsson, K. (2003). 'Relatives are a resource, but...': Registered Nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 12 431-441.
27. Åstedt-Kurki, P. Paavilainen, E. Tammentie, T. & Paunonen-Illmonen, M. (2001). Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 142-150.
28. El-Masri, M. M. & Fox-Wasylyshyn, S. M. (2007). Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23 43-50.
29. Engström, Å. & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16 1651-1659.
30. Talseth, A. G. Gilje, F. & Norberg, A. (2001). Being met - A Passageway to Hope for Relatives of Patients at Risk of Committing Suicide: A

Penomenological Hermeneutic Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, XV (6), 249-256.

31. Weman, K. & Fagerberg, I. (2006). Registered Nurses working together with family members of older people. *Journal of Clinical Nursing*, 15 281-289.
32. Eggenberger, S. K. & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16 1618-1628.
33. Checklistor för kvalitativa och kvantitativa artiklar. (2008) Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet.
34. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

## BILAGA – ARTIKELPRESENTATION

**Ref nr: 22**

Titel: Nurses' experiences of interaction with family members in intensive care units.

Författare: Ing-Marie Söderström, Eva Benzein, Britt-Inger Saveman

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences

Publ. år: 2003

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att samarbeta med familjemedlemmar på intensivvårdsavdelningar.

Metod: Kvalitativ studie. Datainsamling genom bandinspelade intervjuer som sedan tolkades genom innehållsanalys inspirerad av Burnard.

Urval: 10 sjuksköterskor från två intensivvårdsavdelningar.

Antal ref: 25

Land: Sverige

---

**Ref nr: 23**

Titel: Nurses' view of the family in psychiatric care.

Författare: Lena-Mari Sjöblom, Anita Peijlert, Kenneth Asplund

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Publ. år: 2005

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors syn på familjen i psykiatrisk vård.

Metod: Kvalitativ metod. Intervjuer i fyra fokusgrupper. Data bearbetades med innehållsanalys och bildade fyra teman.

Urval: 20 sjuksköterskor som arbetade på en psykiatriavdelning.

Antal ref: 37

Land: Sverige

---

**Ref nr: 24**

Titel: Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses.

Författare: Eva Benzein, Pauline Johansson, Kristofer Franzén Årestedt, Britt-Inger Saveman

Tidskrift: Journal of Family Nursing

Publ. år: 2008

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors attityd till vikten av att involvera närstående i vården.

Metod: Kvantitativ metod. 1000 enkäter skickades ut. Svarsfrekvens på 65%, vilket motsvarade 634 sjuksköterskor. Ett eget analysinstrument lanserades i samband med studien FINC-NA (Families' Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes). Statistiska analysmetoder.

Urval: 634 sjuksköterskor, valda genom slumpmässigt urval ur Vårdförbundets register.

Antal ref: 44

Land: Sverige

---

**Ref nr:** 25  
**Titel:** Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions  
**Författare:** Elizabeth Maxwell, Diane Stuenkel, Coleen Saylor  
**Tidskrift:** Heart Lung  
**Publ. år:** 2007  
**Syfte:** Att utforska skillnader i upplevda behov mellan närstående till kritiskt sjuka och sjuksköterskors upplevelser av de närståendes behov, samt hur behoven möttes av sjuksköterskorna.  
**Metod:** Kvantitativ metod. Deskriptiv, explorativ design. Enkäter användes. Statistisk metod.  
**Urval:** 30 sjuksköterskor och 20 närstående på en intensivvårdsavdelning.  
**Antal ref:** 36  
**Land:** USA

---

**Ref nr:** 26  
**Titel:** 'Relatives are a resource, but...': Registered Nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes.  
**Författare:** Annika Hertzberg, Sirkka-Liisa Ekman, Karin Axelsson  
**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing  
**Publ. år:** 2003  
**Syfte:** Att undersöka och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av närstående till boende på sjukhem.  
**Metod:** Kvalitativ metod. Explorativ, deskriptiv. Semi-strukturerade intervjuer, öppna frågor. Materialet bearbetades med innehållsanalys.  
**Urval:** 19 sjuksköterskor på tre olika sjukhem  
**Antal ref:** 36  
**Land:** Sverige

---

**Ref nr:** 27  
**Titel:** Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward.  
**Författare:** Päivi Åstedt-Kurki, Eija Paavilainen, Tarja Tammentie & Marita Paunonen-Illmonen  
**Tidskrift:** Scandinavian Journal of Caring Sciences  
**Publ. år:** 2001  
**Syfte:** Att få kunskap om interaktionen mellan vuxna patienters närstående och vårdpersonal, ur personalens perspektiv.  
**Metod:** Både kvantitativ och kvalitativ metod. Enkäter med både öppna frågor och multichoice frågor. Data analyserades med kvantitativt genom frekvens och procent fördelning i SPSS och kvalitativ genom induktiv innehållsanalys. Svarefrekvensen var 55%  
**Urval:** 155 sjuksköterskor och läkare, 69% av dessa var sjuksköterskor, som arbetade på fyra olika medicinska avdelningar på ett universitetssjukhus.  
**Antal ref:** 25  
**Land:** Finland

---

**Ref nr:** 28  
**Titel:** Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses  
**Författare:** Maher M El-Masri, Susan M Fox-Wasylyshyn,  
**Tidskrift:** Intensive and Critical Care Nursing  
**Publ. år:** 2007  
**Syfte:** Att undersöka sjuksköterskors uppfattning av sin roll när de är med närstående till patienter på en intensivvårdsavdelning.  
**Metod:** Kvantitativ deskriptiv jämförande studie. Enkäter användes för att samla in data.  
**Urval:** 47 sjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning. 87 sjuksköterskor fick enkäten tillsänd sig, svarsfrekvensen var 54%.  
**Antal ref:** 29  
**Land:** Canada

---

**Ref nr:** 29  
**Titel:** Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses.  
**Författare:** Åsa Engström, Siv Söderberg  
**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing  
**Publ. år:** 2007  
**Syfte:** Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av nära anhöriga inom intensivvård.  
**Metod:** Kvalitativ metod. Fokusgrupper användes och data analyserades genom tematisk innehållsanalys.  
**Urval:** 24 intensivvårdssjuksköterskor delades in i fyra fokusgrupper.  
**Antal ref:** 52  
**Land:** Sverige

---

**Ref nr:** 30  
**Titel:** Being met - A Passageway to Hope for Relatives of Patients at Risk of Committing Suicide: A Phenomenological Hermeneutic Study.  
**Författare:** Anne-Grete Talseth, Fredricka Gilje, Astrid Norberg  
**Tidskrift:** Arcives of Psychiatric Nursing  
**Publ. år:** 2001  
**Syfte:** Att belysa närståendes, vars nära försökt begå suicid, upplevelser av mötet med psykiatri vårdpersonal, under tiden som deras nära vårdas.  
**Metod:** Kvalitativ studie. Narrativa bandinspelade intervjuer. Materialet analyserades med en fenomenologisk hermeneutisk metod inspirerad av Ricoeur's filosofi.  
**Urval:** 15 närstående, åtta kvinnor och sju manliga.  
**Antal ref:** 24  
**Land:** Norge

---

**Ref nr:** 31  
**Titel:** Registered Nurses working together with family members of older people.  
**Författare:** Karin Weman, Ingegerd Fagerberg  
**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing  
**Publ. år:** 2006  
**Syfte:** Att nå en djupare förståelse, genom att titta på sjuksköterskors arbetssituation, för vilka faktorer som influerar sjuksköterskan i sitt sätt att arbeta tillsammans med närstående till äldre som bor på sjukhem eller liknande.  
**Metod:** Kvalitativ metod. Enkätstudie med två delar, en med fasta svarsalternativ och en med tre öppna frågor. Materialet analyserades med latent innehållsanalys.  
**Urval:** 210 sjuksköterskor. 314 sjuksköterskor i tolv olika kommuner fick enkäten tillsänd sig, svarsfrekvens på 67%.  
**Antal ref:** 40  
**Land:** Sverige

---

**Ref nr:** 32  
**Titel:** Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness.  
**Författare:** Sandra K Eggenberger, Tommie P Nelms  
**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing  
**Publ. år:** 2007  
**Syfte:** Att förstå och undersöka familjens upplevelser av att en nära anhörig som vårdas på sjukhus för en kritisk sjukdom.  
**Metod:** Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer med "familjen som grupp". Data analyserades med Van Manens hermeneutiska metod.  
**Urval:** 11 familjer (41 personer) med nära som vårdades på sjukhus för kritisk sjukdom.  
**Antal ref:** 71  
**Land:** USA